

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

Литература

1. Городничева, Ж.А. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии / Ж.А. Городничева, И.С. Савельева. – М.: Династия, 2005. – С. 96–100.

2. Side effect of mifepristone in combination with misoprostol for medical abortion / Y. Zou [et al.] //

Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2004. – Vol. 39, N 1. – P. 39–42.

3. Янушевская, А.И. В Беларуси внедрены медикаментозные аборты. – Минск: БелаПАН, «Белорусский портал Tut.by». Публикация от 31.10.2011.

ДИСФУНКЦИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дядичкина О.В., Радецкая Л.Е.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Стероидные гормоны занимают особое место в гестационном процессе. Ведущая роль с точки зрения контроля репродуктивной функции принадлежит эстрогенам, прогестерону и глюкокортикоидам. При беременности они поддерживают нормальное течение гравидарного процесса: регулируют выполнение жизненно важных функций организма женщины, рост и формирование плода, развитие родовой деятельности [1]. При беременности синтез стероидов представляет собой единую систему. Холестерин является главным компонентом начальной стадии синтеза стероидных гормонов. Путем ферментативных реакций из него формируется прегненолон, а после и прогестерон. Прогестерон является не только главным представителем гестогенов, но и предшественником всех глюко- и минералкортикоидов и эстрогенов. Так, продукция эстрогенов и глюкокортикоидов находится в прямой зависимости от наличия предшественников, вырабатываемых в организме матери и плода [1, 2]. Изучение проблемы дисфункции гормональной системы при беременности является актуальной, так как изменение равновесия последней может приводить к репродуктивным потерям.

Цель. Изучить содержание стероидных гормонов при угрожающих преждевременных родах.

Материал и методы. Проведено обследование 52 пациенток с клиническими признаками угрозы прерывания беременности в сроке 23–34 недели, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», «Витебский областной клинический родильный дом» и «Витебский городской клинический родильный дом №2» (основная группа). Критериями включения в основную группу явились одноплодная беременность, признаки истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) по данным УЗИ, клинические проявления угрозы прерывания беременности. Контрольную группу составили 30 пациенток в том же сроке гестации с физиологическим течением беременности, состоявшие на учете в женской консультации №1 филиал №1 г. Витебска. Всем женщинам проводилось стандартное клиничко-лабораторное обследование. Иммуноферментным методом в сыворотки крови определяли уровни эстрадиола, прогестерона с помощью наборов фирмы «Хема» (РФ) и кортизола – с помощью набора фирмы «Вектор-Бест» (РФ). Учет результатов проводили на фотометре универсальный Ф 300 ТП (фирма «Витязь», РБ).

Статистический анализ выполняли с использованием программы Statistica, v. 10.0. Полученные данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1–Q3). О достоверности межгрупповых различий количественных признаков судили на основании расчета непараметрического критерия Манна-Уитни, качественных – хи-квадрата с поправкой Йетса. Проверка статистических гипотез осуществлялась при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В основной группе возраст пациенток составил 26,5 (24–33) лет, в контрольной – 27,5 (25–33) лет ($p > 0,05$). Первобеременными в основной группе являлись 17 пациенток (33,7%), в контрольной – 15 (50,0%), $p > 0,05$. Отягощенный акушерский анамнез в основной группе наблюдался у 27 пациенток (51,9%) и был представлен самопроизвольным выкидышем – у 9, неразвивающейся беременностью – у 11, медицинским абортom – у 15. Преждевременные роды в анамнезе были в 6 случаях (11,5%). В контрольной группе акушерский анамнез был отягощен медицинским абортom у 10 пациенток, других осложнений не было.

Беременность пациенток первой группы протекала на фоне угрозы ее прерывания. При ультразвуковом обследовании в основной группе длина шейки матки составила 28 (24–34) мм и во 2 группе – 36 (34–37) мм, $p < 0,05$. Признаки плацентарной недостаточности (нарушение маточно-плацентарного кровотока 1а, 1б степени, маловодие) наблюдалась в 1 группе у 9 беременных (17,3%), низкая плацентация – у 5 (9,6%). Всем пациенткам основной группы проводилось комплексное лечение по пролонгированию беременности. Терапию с применением β -адреномиметиков получали 28 человек, комбинированную терапию β -адреномиметиками и микронизированным прогестероном – 24.

Результаты проведенного гормонального исследования пациенток представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, уровень прогестерона в основной и контрольной группах не различался (410 (362–420) нмоль/л и 420 (370–420) нмоль/л, $p > 0,05$). Данный факт, возможно, объясняется тем, что по данным литературы изменение концентрации прогестерона при нарушениях развития беременности наиболее значимо в I триместре и менее значимо в поздних сроках беременности [3, 4].

Уровень эстрадиола в основной группе был снижен по сравнению с группой контроля (16,45 (12,9–19,25) нмоль/л и 20 (16,6–21,5) нмоль/л соответ-

Таблица 1. Уровни стероидных гормонов в сыворотке крови, Ме (Q1-Q3)

Гормон	Основная группа, n=52	Контрольная группа, n=30	p
Прогестерон, нмоль/л	410 (362-420)	420 (370-420)	0,881
Эстрадиол, нмоль/л	16,5 (12,9-19,)	20,3 (16,6-21,5)	0,003
Кортизол, нмоль/л	665 (310-925)	880 (610-950)	0,025

ственно, $p < 0,05$). Известно, что эстрадиол является наиболее активным представителем эстрогенов и отвечает за нормальное течение гестации. Гормон способствует развитию комплекса биохимических изменений, обеспечивающих миоэпителиальную пластическим материалом и энергетическими ресурсами [2].

Уровень кортизола в 1 группе составлял 665 (310-925) нмоль/л, что было статистически ниже в сравнении с группой контроля – 880 (610-950) нмоль/л, $p < 0,05$ соответственно. В период беременности кортизол относится к гормонам фетоплацентарного комплекса. Его образование идет в плаценте, печени и надпочечниках плода. Глюкокортикоиды активирует глюконеогенез и глюконеогенез, обмен белков и увеличивает пул свободных аминокислот, оказывают иммунорегулирующие действия [1].

Выводы. Таким образом, невынашивание беременности развивалось на неблагоприятном прегравидарном фоне. Снижение уровней эстрадиола и кортизола у пациенток с угрожающими преждевременными родами свидетельствует о нарушении

стероид-синтезирующей функции плаценты у данной группы беременных, что может отражаться на дальнейшем течении и исходе беременности.

Литература

1. Kallen, C.B. Steroid hormone synthesis in pregnancy / C.B. Kallen // *Obstet Gynecol Clin. North. Am.* – 2004. – Vol. 31, N 4. – P. 795–16.
2. Довжикова, И.В. Синтез половых стероидных гормонов в плаценте (обзор литературы) / И.В. Довжикова // *Бюл. физ. и пат. дых.* – 2011. – № 41. – С. 85–88.
3. Сидорова, И.С. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности / И.С. Сидорова, И. О. Макаров. – М.: Мед. информ. Агентство, 2005. – 295 с.
4. Szekeres-Bartho, J. Progesterone receptor-mediated immunomodulation and anti-abortion effects: The role of PIBF / J. Szekeres-Bartho // *Gynecological Endocrinology.* – 2001. – Vol. 15, N 5. – P. 43–47.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Елисеев Л.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. По современным представлениям, генитальный эндометриоз – дисгормональное, иммунозависимое, генетически детерминированное заболевание, характеризующееся эктопией эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием [1]. Согласно последним данным, поражает преимущественно женщин репродуктивного возраста [2]. По данным ряда авторов частота эндометриоза в популяции составляет до 10%, в то время как в группе пациенток с бесплодием и тазовой болью – 50-60% [3]. Доминирующими жалобами у пациенток с активным клиническим течением эндометриоза являются тазовые боли, отказ от половой жизни, из-за выраженной боли. По данным одних авторов хирургическое удаление эндометриозных очагов значительно облегчает течение болевого синдрома. Данные других исследователей говорят о необходимости супрессивной постоперационной гормонотерапии для облегчения болевого синдрома [2]. Исчезновение или облегчения тазовой боли, улучшение качества жизни, отсрочка рецидива – это основные задачи которые необходимо решить врачу, для чего необходимо выбрать план лечения пациента.

Цель исследования – изучить изменение болевого синдрома у пациенток с верифицированным генитальным эндометриозом до и после операции

с целью оценки эффективности применения «Диеноста».

Материал и методы. В соответствии с поставленной целью в наше исследование было включено 43 пациентки с верифицированным генитальным эндометриозом, после эндохирургического лечения. Возраст пациенток составил от 23 до 39 лет. Все пациентки находились на обследовании и лечении гинекологическом отделении УЗ «Витебского областного клинического специализированного центра» города Витебска за период 2010-2014 гг. Средний возраст обследованных составил $29,5 \pm 4,72$ лет. Анализ репродуктивной функции показал, что одну и более беременностей имели 18,8% обследованных (соответственно, не было беременностей у 81,2%). Длительность основного заболевания составила от 6 месяцев до 4,5 лет (в среднем $0,48 \pm 0,07$ лет).

Все пациентки были оперированы лапароскопическим доступом с верифицированным диагнозом «наружный генитальный эндометриоз, стойкий болевой синдром» с максимально возможным иссечением эндометриозных очагов и эндометриозных инфильтратов.

Пациентки были разделены на две группы: I – группу составили 21 пациенток (48,8%), перенесших удаление эндометриозных гетеротопий без медикаментозной супрессивной гормонотерапии